



ОТЧЕТ ДЛЯ ПРОДЛЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО ПОСОБИЯ
MEDICAL EXTENSION REPORT

ДАТА СДАЧИ:

ДАТА

ВОЗВРАТИТЬ:

НОМЕР ДЕЛА

ДАТА ПРОДЛЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО
ПОСОБИЯ

- Вы получаете продленное медицинское пособие до указанной выше даты. Вы можете получить 6 (шесть) месяцев дополнительного медицинского пособия, если сообщите указанную ниже информацию. Возможно, что совершеннолетние члены семьи должны будут платить какой-то ежемесячный взнос, чтобы продолжать получать медицинское пособие во второй срок его 6-месячного продления.
- Для того, чтобы продолжать получать продленное медицинское пособие, Вы должны предоставить отчет по указанным ниже пунктам.

Проставьте "О" в клетках за те месяцы, в которые у Вас не имелось доходов и расходов по уходу за детьми, связанных с трудовой деятельностью.

	месяц/год	месяц/год	месяц/год
Трудовой доход (оба родителя)			
Расходы по уходу за детьми, связанные с трудовой деятельностью.			
FOR OFFICE USE ONLY	TOTAL	TOTAL	TOTAL
			ADJUSTED MONTHLY GROSS ÷ 3 =

Помогает ли кто-нибудь еще оплачивать расходы по уходу за детьми?

Да Нет

Если да, то кто? _____ Ежемесячная сумма \$ _____

С Вами живет какой-нибудь ребёнок? Да Нет Нет Если нет, укажите дату, когда последний ребенок покинул дом _____

Имеется ли в настоящее время у Вас или у кто-то другого в Вашей семье медицинская страховка, о которой Департамент не знает, потому что она новая или потому, что Вы ранее о ней не сообщали?

Да Нет

Среди совершеннолетних членов Вашей семьи есть беременные? Да Нет

ВНИМАНИЕ!

Сообщите эту информацию до

Если запрашиваемая информация не будет получена, Ваше медицинское пособие будет прекращено с

СРОК СДАЧИ

ДАТА ПРЕКРАЩЕНИЯ
ПОСОБИЯ

СМОТРИТЕ НА ОБОРОТЕ - ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕКРАЩЕНИИ ПРОДЛЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ПОСОБИЯ

**ПРЕКРАЩЕНИЕ ПРОДЛЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ПОСОБИЯ
MEDICAL EXTENSION TERMINATIONS**

ВАШЕ ПРОДЛЕННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ПОСОБИЕ БУДЕТ ПРЕКРАЩЕНО И ПОКРЫТИЕ ОСТАНОВЛЕНО, ЕСЛИ

- Вы не предоставите информацию на лицевой стороне этой формы до 21 (двадцать первого) числа четвертого или седьмого месяца Вашего срока продления,
- Вы переехали за пределы штата,
- Вы не имеете детей-иждивенцев в Вашей непосредственной семье, или
- Вы не уплатили причитающийся с Вас взнос.

ЕСЛИ У ВАС ЕСТЬ ВОПРОСЫ по данной форме, пожалуйста, обращайтесь к своему финансовому работнику в местном отделе общественного обслуживания (CSO), указанном на лицевой стороне этой формы.